

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 300

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques NAHON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Mars 1921 à CASABLANCA (Maroc)

présentée et soutenue publiquement le

LE PROBLÈME DES NEVRALGIES FACIALES ESSENTIELLES

Président : Monsieur LEMAIRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques NAHON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 mars 1921 à Casablanca
(Maroc)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

LE PROBLEME

DES NEURALGIES FACIALES ESSENTIELLES

--:-

Président : Monsieur LEMAIRE (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
Cliniques Chirur. {	Hôtel-Dieu BROCC
	Broussais G. d'ALLAINES
	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique }	{ MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie }	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux }	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales) et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des) maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Cliniques Médicales	
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R. LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie (CABROL
(DEBEYRE
(DELMAS
(OLIVIER G.
(Melle GAU-
(THIER V.
Ana. Path. (BUSSER
(GOUYGOU
(CHRISTOL
Bactério- }
logie } (NEVOT
(BOURLIERE
Biol. méd. (ETTORI
(POLONOVSKI J
Chimie méd. (DUPERRAT
(TUCHMANN
(BULLIARD
Histologie (COUJARD
(N....
(Hydrologie (CORNET
(BOYER
Hygiène (DEPARIS
(BASTIN
Mal.infect. (DEROBERTE
(GAULTIER
Médecine }
légale et } (HADENGUE
du Trav. } (DAVID
Neurochir. (LHERMITTE
Neurologie (GRASSET
(LE LORIER
(LEPAGE
Obstétrique (MERGER
(MORIN
(RAVINA
(ROBEY
(BREGEAT
Ophtalmo- }
logie } (DESVIGNES
(JUDET
Orthopédie (AUBRY
(MADURO
Oto-rhino- }
laryngo. } (BRUMPT
(CHABAUD
Parasito. (ABOULKER
Parasito.col. (BARCAT
(BAUMANN
(CAUCHOIX

MM.

(DUBOST
(FAUREL
(FLABEAU
(GERMAIN
(GOSSET
(LAURENCE
Pat.Chir. (LORTAT-JACOB
(MATHEY
(OLIVIER(CI)
(POILLEUX
(THOMERET
(VERNE(J M)
(MAURICE
Pat.expé (LOEPER
riment. (BOUVIER
(BOUDIN
(BRICAIRE
(BRISSAUD
(CASTAIGNE
(CONTE
(DEROT
(DOMART
Pat.méd. (LAMOTTE
(LAROCHÉ
(MACREZ
(MILLIEZ
(PEQUIGNOT
(PERRAULT
(RAMBERT
(ROYER
(THIEFFRY
(TURIAF
(WOLFRAMM
(JOSEPH
Pédiatrie (POLONOVSKI CI.
(MOZZICONACCI
(Melle LEVY
Pharmacol. (CHEYMOL
(BARGEON
Physiol. (DEJOURS
(PARROT
(DJOURNO
Physique (GOUGEROT
médicale (KREIS
Pneum.ptis.

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir.	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mál.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstét. } { MAYER			{ SOULLE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires Melles DUMAITRE
LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

Humble témoignage de mon
affection.

A tous mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur LEMAIRE

Professeur de Clinique thérapeutique
médicale à la Faculté de Médecine
de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté
et des Hôpitaux de Paris

Hommages respectueux.

LE PROBLEME
DES NEURALGIES FACIALES ESSENTIELLES

- 3 -

- I -

AVANT-PROPOS

-:-

En pratique courante, il n'est pas rare de rencontrer des cas de douleur faciale à type de névralgie ; il faut avant tout rattacher une telle atteinte d'une part à un trajet nerveux déterminé, d'autre part, à une cause première, dentaire, sinusienne, otitique, ou infectieuse à distance.

Lorsque des recherches minutieuses ont permis d'exclure avec le maximum de certitude cette cause, on est en droit de parler de névralgie essentielle.

Le problème n'en est pas résolu pour autant, car le traitement de ces formes d'algies est des plus délicats ; la multiplicité même des thérapeutiques proposées en signe l'inefficacité ou, au moins, l'irrégularité d'effet.

Et lors même que le malade est soulagé, on risque de voir survenir la récurrence, in situ, ou, plus rarement, contralatérale.

Tous ces obstacles, diagnostiques, thé-

rapeutiques, sont connus depuis longtemps.

Nous n'en voulons pour preuve que le mot de TROUSSEAU qui, après avoir observé une crise de névralgie faciale, et avant même que le malade ait eu le temps de prononcer un mot, lui déclarait :

"Je sais ce que vous avez ; je vous soulagerai peut-être, je ne vous guérirai pas."

Ce pessimisme thérapeutique date de l'ère médicale du traitement des névralgies faciales essentielles. Il s'est atténué depuis que la destruction du tri-jumeau assure, dans une forte proportion des cas, une guérison durable - au prix, il est vrai, d'une anesthésie de l'hémiface parfois bien mal supportée par le malade.

Quant à l'intervention elle-même, si son principe est admis, ses modalités donnent encore lieu à maintes discussions : bien des auteurs ont leur méthode personnelle, étayée sur des statistiques satisfaisantes. Mais il est difficile d'apprécier avec certitude les effets éloignés de ces interventions, et l'on comprend que les moyens médicaux et conservateurs gardent encore des adeptes. En tous cas, mieux vaut les épuiser avant de recourir à la chirurgie, conservatrice ou mutilante.

°°°

De toutes les observations, il apparaît que la névralgie faciale essentielle, dite tic douloureux de la face, se caractérise

par la résistance de ses atroces élancements à la thérapeutique médicamenteuse. En particulier, les antinévralgiques usuels n'ont aucune action ; la vitaminothérapie B 12 qui a été préconisée par ALEXANDER et DAVIS d'une part, par FIELDS et HOFF d'autre part, le carbonate de fer à doses massives, conseillé par DAVIDOFF, n'ont donné de résultats que dans une très faible proportion des cas traités. Les malades sont soulagés, mais très transitoirement, par l'inhalation de trichloracétylène. Avec les médicaments de la série hydantoïne, on a vu apparaître de réelles améliorations, mais seulement à posologie massive, ce qui n'est pas sans inconvénient.

Récemment, on a signalé l'efficacité de la stilbamidine.

Restent les diverses variétés des techniques chirurgicales qui visent à interrompre les voies nerveuses de la transmission de la sensation douloureuse jusqu'aux centres supérieurs de la perception.

°°°

On pourrait s'étonner, à juste titre, de ce qu'aucune thérapeutique véritablement et durablement efficace n'ait encore été obtenue pour une affection aussi fréquente, aussi banale, et de siège aussi accessible. C'est qu'en fait, on ignore encore à peu près tout du mécanisme des névralgies faciales essentielles. C'est sans doute ce qui en fait l'intérêt pratique et dogmatique.

Si nous reprenons les définitions

classiques, nous voyons que la névralgie est un syndrome caractérisé par des douleurs, spontanées ou provoquées, continues ou paroxystiques, siégeant sur le trajet d'un nerf, en l'espèce ici le trijumeau.

Quant au tic douloureux de la face, ou névralgie épileptiforme de TROUSSEAU, c'est une variété de névralgie faciale caractérisée par des crises excessivement douloureuses s'accompagnant de contraction involontaire des muscles de la région atteinte.

SICARD, enfin, a défini le "névralgisme facial" comme un état douloureux de la face survenant surtout chez les psychasthéniques, et qui diffère de la névralgie essentielle par le peu de précision anatomique de la douleur, qui est diffuse, souvent bilatérale, et ne s'accompagne pas de trémulation spasmodique des muscles du visage.

°°°

Ces dernières années, de nombreuses recherches cliniques et thérapeutiques ont été entreprises, dans le but de préciser d'une part la nature, l'étiologie et la pathogénie (termes qui s'opposent en fait à la conception d'une névralgie essentielle, c'est-à-dire précisément sans cause apparente) de la névralgie faciale, d'autre part, le traitement de cette douleur crucifiante, rebelle à la plupart des thérapeutiques et susceptible de récidiver après que l'une de celles-ci ait été un temps efficace.

Nous citerons quelques noms qui domi-

nent la question qui nous occupe ici.

En 1950, R. THUREL a consacré une mise au point au diagnostic et au traitement de la névralgie faciale ; évidemment, seules les formes essentielles posent des problèmes, puisque les névralgies faciales secondaires à une atteinte reconnue, établie, comportent un traitement étiologique relativement aisé.

Cette même année 1950, J. LEMOYNE a cherché à préciser les indications et les effets de la diméthylldithiohydantoïne dans certaines formes de névralgies faciales, méthode dont J. d'AULNAY, de Bordeaux, a fait le sujet de sa thèse.

Pour W. HARRIS, toujours en 1950, il existe des formes, il est vrai rares, de névralgie du trijumeau qui semblent en rapport avec la sclérose en plaques.

FLOEREN pense avoir approché le traitement étiologique de la névralgie faciale idiopathique, donc sans cause primitive et GUIDETTI apporte son expérience, concernant 124 cas opérés, de la tractotomie.

L. ROUQUES, en 1951, reprend la question des dérivés de l'hydantoïne dans le traitement de la névralgie faciale, méthode dont J. LEMOYNE publie son expérience personnelle. REY, toujours en 1951, montre que les injections neurolytiques ne sont pas sans risques, ni dangers.

L'année 1952 est marquée par la statistique de PEET et SCHNEIDER, qui comprend 689 cas dont beaucoup longuement suivis. BERGOUIGNAN s'interroge sur la nature des névralgies faciales essentielles conti-

nues, et sur l'origine peut-être thalamique de celles-ci. BUES, toujours en 1952, propose les implantations d'hypophyse.

Les travaux se poursuivent en 1953, traitant parallèlement le problème pathogénique et le problème thérapeutique.

J. FAURE tente de préciser le premier, BATAILLE de résoudre le second en utilisant la neurotomie sus-spigienne. GROS en 1954 utilise la gangliolyse gassérienne ; WOODHALL et ODOM en 1955 reviennent au traitement médical avec la stilbamidine. Cette année 1955 est marquée en France par la publication des travaux de R. LERICHE d'une part, de P. WERTHEIMER d'autre part. LERICHE s'appuie sur 257 neurotomies rétrogassériennes réalisées sur le diagnostic de névralgie essentielle du trijumeau, mais n'en parle pas moins des "obscurités du problème". WERTHEIMER et DESCOTES exposent les résultats éloignés, mais aussi les récurrences de la radicotomie rétroganglionnaire dans la névralgie essentielle du trijumeau.

1955 : DUPLAY cherche à apprécier la valeur de la chirurgie non mutilante, tandis que les Italiens BERSELLI et GIORDANI pensent que la cure dia-céphalo-rachidienne doit apporter des résultats supérieurs à tous ceux qui ont été obtenus jusque là.

En 1956, ROUQUES fait une mise au point des indications et des résultats de la stilbamidine, alors que GUILLAUME et MAZARS préconisent la libération du trijumeau.

En 1957 enfin, WERTHEIMER et DESCOTES étudient un aspect particulier de la névralgie essentielle du trijumeau, les formes bilatérales d'emblée, ou échelonnées dans le temps. En fait, il semble s'agir de récurrences contro-latérales tardives.

°°

Par cette rapide énumération, on voit que l'intérêt accordé aux divers aspects de la névralgie faciale essentielle ne se ralentit pas, car on est toujours à la recherche de notions précises sur la nature de l'affection, et, partant, d'un traitement véritablement efficace et non mutilant.

Nous avons donc pensé qu'un bilan de ces recherches ne serait pas inutile, et nous nous proposons de suivre le plan de travail que voici :

- Après un rappel de la symptomatologie de la névralgie faciale essentielle, nous verrons les éléments du diagnostic de cette affection.

- Puis nous discuterons des arguments émis sur la nature de la névralgie essentielle du trijumeau, dans laquelle le rôle du sympathique, des centres thalamiques, les rapports dans certains cas avec la sclérose en plaques, les possibilités vraiment inexplicables de récurrence après radicotomie, forment un ensemble disparate et d'interprétation difficile ; les formes bilatérales en particulier apportent des éléments à la fois positifs et troublants ;

- Nous envisagerons enfin les formes médicales du traitement, et les principales techniques chirurgicales actuellement appliquées à l'affection qui nous occupe, en insistant surtout sur leurs résultats. D'observation fréquente, la névralgie faciale essentielle offre un vaste champ d'observation et de recherche, et l'on ne peut que souhaiter obtenir dans un proche avenir les éléments qui nous manquent encore pour l'obtention d'un traitement constamment et durablement efficace.

- II -

SYMPTOMATOLOGIE

- :-

Les malades atteints de névralgie faciale décrivent leur douleur comme celle, soudaine et brève, qui est produite par une décharge électrique, par le passage d'un courant faradique pendant quelques secondes. La douleur éclate en un point quelconque du territoire du trijumeau, pénètre en profondeur ou se déplace en surface "à la manière d'une fusée", chevauchant volontiers sur les territoires de plusieurs branches, mais cependant sans jamais déborder le territoire du trijumeau.

Les crises douloureuses se succèdent selon un rythme variable, toujours séparées par des intervalles libres, absolument dépourvus de douleur, mais de durée variable.

En somme, la douleur est très caractéristique, soudaine, brève, intermittente, et elle devrait être très facilement diagnostiquée. Mais il ne s'agit que d'éléments subjectifs, et la description donnée par le malade risque de ne pas

être toujours suffisamment explicite. Et ces bons éléments de diagnostic sont généralement difficiles à obtenir. En particulier, la notion d'intermittence de la douleur n'est pas toujours reconnue, et bien des malades soutiennent qu'ils souffrent de façon continue, parce que les accès se succèdent, très rapprochés. La durée de la crise douloureuse est également mal appréciée des intéressés, qui parlent de minutes lorsqu'il ne s'agit que de secondes.

Il faut donc rechercher un moyen plus objectif d'identifier la névralgie du trijumeau ; celui-ci nous est fourni par le fait que la réaction névralgique est déclenchée par la parole, par la mastication, par tout attouchement en un point quelconque du territoire du trijumeau.

L'interrogatoire du malade précise rapidement ces facteurs déclenchant la crise ; pour R. THUREL, déjà la manière dont le malade se présente est significative, le visage entouré de linges protecteurs, et "portant toutes les marques des infractions faites aux soins de propreté les plus élémentaires". En parlant, le malade, dans la crainte de déclencher la réaction douloureuse, évite de remuer les lèvres.

Par contre, il est déjà plus délicat de délimiter le territoire douloureux, la zone au niveau de laquelle une quelconque excitation va provoquer la douleur nerveuse. Et cependant, il est indispensable de préciser ce territoire avant de porter le diagnostic exact de névralgie du trijumeau et d'entreprendre

contre elle une thérapeutique, quelle qu'elle soit.

Très souvent, les indications fournies par le malade manquent de précision. Il faut alors recourir aux excitations cutanées dans les différents endroits susceptibles de représenter des zones d'excitation. Seules les réponses positives doivent être retenues, car l'absence de déclenchement d'une réaction douloureuse ne permet aucune conclusion. On sait en effet que pour un même point, l'excitation donnera, selon les moments auxquels elle est appliquée, une réponse douloureuse positive ou négative, la sensibilité du trajet nerveux connaissant des intermittences d'aggravation et de régression. Pendant toute une période, l'excitation ne sera pas capable de réveiller la douleur, période qui peut être remarquablement prolongée, en particulier pendant les premières années de la maladie. Il existe, par ailleurs, des périodes totalement réfractaires, qui succèdent à des réactions névralgiques, et l'excitation expérimentale peut précisément être faite à ce moment-là.

Les périodes de calme, brèves, de quelques minutes, sont bien connues du malade qui les met à profit en particulier pour s'alimenter rapidement, comme un chien affamé à qui l'on va retirer la nourriture.

Lorsqu'on assiste à une crise névralgique, on réalise tout ce que celle-ci a de brusque et d'éphémère. Subitement, le malade se fige dans une attitude quelconque, celle qu'il avait au moment où la douleur s'est déclenchée, et la conserve

jusqu'à la fin de la crise. On voit parfois survenir, dans l'hémiface atteinte, une crispation, grimace de douleur, mais qui de plus réalise une position antalgique que l'intéressé a pu vérifier lui-même.

D'autres malades luttent contre la douleur par une friction énergique de la joue, ce qui, disent-ils, les soulage.

Parallèlement à la douleur, subjective, apparaissent des symptômes objectifs, qui relèvent de troubles vasomoteurs et sécrétoires : rougeur de la conjonctive, larmoiement, écoulement nasal. Cette symptomatologie associée peut être discrète ou pratiquement absente ; d'autres auteurs en ont fait un élément important, voire essentiel du syndrome. C'est ainsi que pour SICARD, la névralgie faciale est un drame en trois actes, dont chacun est joué respectivement par :

- le trijumeau,
- le facial,
- le sympathique.

Actuellement, on pense plutôt qu'il n'y a qu'un acte joué en totalité, d'un bout à l'autre, par le trijumeau : si le facial et le sympathique interviennent, c'est au second plan, pour "donner la réplique à l'acteur principal qui est et demeure le trijumeau".

En dehors des accès névralgiques, et en dehors de leur déclenchement par certains mouvements, par certains attouchements au niveau des points occupant la zone d'excitation, l'examen sera négatif ou presque. On provoque bien une douleur

aux points d'émergence des branches du trijumeau, mais cette douleur existe également chez les sujets non atteints de névralgie faciale.

L'examen objectif ne révèle pas davantage une exagération de la sensibilité cutanéo-muqueuse aux différents modes d'excitation. Cette sensibilité n'est modifiée ni dans un sens, ni dans un autre. On comprend évidemment l'absence d'hypoesthésie, puisque précisément il y a douleur nerveuse.

C'est donc sur ces éléments qu'il faudra fonder le diagnostic positif et surtout le diagnostic différentiel de la névralgie faciale. Ce qui importe surtout, nous allons le voir, dans ce diagnostic, c'est la recherche d'une cause première à cette névralgie. La trouve-t-on, on tient souvent en même temps la clef d'un traitement efficace. Mais aussi, on ne se trouve plus devant la forme essentielle qui nous occupe ici. Dans le diagnostic de la névralgie essentielle du trijumeau, la recherche d'un facteur causal doit précisément être négative : il n'en faut pas moins l'entreprendre avec minutie.

- III -

DIAGNOSTIC

—:—

Nous nous trouvons donc devant un malade qui souffre de l'hémiface, en accès répétés séparés par des intervalles absolument libres. Le diagnostic doit surtout pouvoir exclure l'atteinte d'autres troncs nerveux régionaux, atteinte qui généralement évolue selon un mode tout différent.

La névralgie du glosso-pharyngien est sans doute le seul élément du diagnostic différentiel, lorsque la névralgie du trijumeau reste localisée au maxillaire inférieur. Lorsque le traitement dirigé contre le trijumeau échoue, force est donc de **modifier** la topographie nerveuse de la douleur et de penser à la névralgie glosso-pharyngienne. Car dans cette dernière, les douleurs sont, elles aussi, soudaines, brèves, intermittentes, comme toute névralgie d'ailleurs. Cependant, il existe des différences qu'il faut connaître et rechercher dans la topographie du trajet douloureux, dans les conditions d'apparition de la douleur également. Encore que ces différences ne soient pas toujours faciles à mettre en évidence, il faut entreprendre un interrogatoire très pous-

sé. Celui-ci permettra en effet de se rendre compte du siège exact, réel, de la douleur, qui n'occupe pas le territoire du maxillaire inférieur, comme les indications fournies par le malade sembleraient le prouver, car il désigne la mâchoire : en réalité, elle est profonde, dans la gorge, elle irradie bien vers l'oreille, mais ici encore en profondeur, et non pas au tragus. La névralgie glosso-pharyngienne est déclenchée par les mêmes causes que celles qui provoquent la névralgie du trijumeau : parole, mastication. Mais un examen minutieux permet rapidement de découvrir que dans la névralgie glosso-pharyngienne, la douleur est déclenchée par la déglutition, par le passage des aliments ou de la salive dans l'arrière-bouche. Il suffira d'exciter la région glosso-amygdalienne pour provoquer la douleur : il suffira d'anesthésier cette même région pour permettre une déglutition indolore : ce qui ne se produit pas dans la névralgie faciale.

Dans les autres formes faciales de névralgie, la confusion ne paraît guère possible avec la névralgie du trijumeau. En effet, dans celles-là, elle affecte un caractère tout différent, à type progressif et dégressif, et non soudain, la crise douloureuse persistant plus ou moins longtemps, mais sans un déclenchement connu. Cependant, il existe des cas de névralgies faciales non trigéminales qui s'aggravent sous l'effet d'une excitation cutanée, même légère, mais l'excitation n'a d'action douloureuse qu'aussi longtemps qu'elle persiste, la douleur cessant avec elle.

De plus, dans les formes qui n'intéres-

sent pas le trijumeau, on constate en outre que toute excitation est régulièrement suivie de douleur, sans période réfractaire comme cela se produit dans l'atteinte du trijumeau.

Dans la névralgie du trijumeau, on a pu voir coexister une douleur de type continu, une hyperalgésie, et une abolition de la sensibilité cutanée aux différents modes : il y a destruction de la voie sensitive cérébrospinale, ce qui signe l'origine sympathique ou vasculosympathique de la névralgie puisque la douleur ne peut être engendrée que par le sympathique d'une part, la voie sensitive cérébrospinale d'autre part.

La névralgie du trijumeau avec ses douleurs brèves et intermittentes, réalise donc un syndrome très particulier qu'un examen minutieux doit pouvoir diagnostiquer avec précision.

En ne retenant que ses formes essentielles, c'est-à-dire celles dans lesquelles aucune cause extrinsèque n'a pu être établie, on se retrouve devant un nouveau problème : car pour essentielle qu'il soit, ce type de douleur a bien été provoqué par un état pathologique au niveau du nerf et de ses branches. C'est donc de la nature de la névralgie faciale essentielle qu'il nous faut maintenant nous occuper.

- IV -

NATURE
DES NEURALGIES FACIALES ESSENTIELLES

Les avis diffèrent sur la nature des troubles lésionnels, organiques, ou fonctionnels qui doivent être rendus responsables de la névralgie du trijumeau : et surtout, ce qui a, on le conçoit une grosse importance pratique, à quel niveau la lésion survient-elle ?

TARNHODJ, en 1952, a exposé l'idée que le facteur déterminant de la crise de névralgie faciale était l'étranglement de la racine du trijumeau et du ganglion de GASSER oedématisés, augmentés de volume, dans leur gaine durale inextensible ; d'où le traitement étiologique d'une décompression des formations nerveuses par l'ouverture de leur gaine, intervention logique, non destructrice, et pouvant ultérieurement, se compléter en cas de besoin d'une neurotomie.

Cette théorie d'une atteinte locale s'oppose à la pathogénie sympathique qui est à l'origine des alcoolisations et sections de nerfs. FLOEREN pense que la

névralgie du trijumeau est avant tout due à une excitation du sympathique, avec action sur les vaisseaux localement hypersensibles et déclenchement du spasme. C'est pourquoi l'auteur berlinois a lutté contre la névralgie du trijumeau par la digitale et la strophantine.

La névralgie est par FLOEREN ramenée, par une commune sensibilité vasculaire particulière, dans un groupe disparate comportant aussi bien la claudication intermittente que l'ulcère gastro-duodéal, l'énurésie nocturne, la brachialgie parasthésique nocturne, etc...

THUREL, soulignant les obscurités étiologiques de la névralgie faciale, pense que même dans sa forme essentielle, elle peut comporter des lésions, minimales et échappant aux investigations. Il faut savoir que toute lésion du trijumeau, lorsqu'elle est secondaire à une cause connue, et qu'elle atteint une certaine importance, déclenche non plus les paroxysmes que nous venons de décrire, mais une douleur de type connu, une sympathalgie. Mais il faut aussi retenir que pour une même lésion anatomopathologique, les deux types de douleurs, paroxystiques ou continues, sont possibles selon que les neurones sensitifs, ou les éléments du sympathique paratrigéminal, sont atteints par l'irritation.

Les tumeurs de la fosse temporale et de l'angle ponto-cérébelleux, la syringobulbie, la sclérose en plaques, le tabès, les lésions vasculaires bulbo-protubérantielles, sont susceptibles de se compliquer de névralgie du trijumeau. Il y aura alors, coexistantes, la névralgie à type

paroxystique, la douleur continue, l'anesthésie faciale : c'est ce que l'on observe dans les formes évolutives et progressives des lésions ; si, au contraire, elles sont superficielles et résolutives, les lésions laisseront des cicatrices irritatives provoquant la névralgie, mais lui donnant, à tort, un caractère dit essentiel.

BERGOUIGNAN s'est demandé si la névralgie faciale essentielle n'était pas un syndrome thalamique. Il lui paraît certain que la névralgie du trigêmeu met en jeu un centre cellulaire, ganglion de Gasser pour certains auteurs, étant donné la distribution périphérique de la douleur, mais des lésions anatomiques du ganglion n'ont guère été observées.

BERGOUIGNAN, se livrant à un examen attentif, établit qu'en réalité le mode d'extension de la douleur trigémineée se fait en suivant une progression qui n'est pas superposable aux territoires des branches périphériques. Le noyau bulbo-spinal a été parfois également incriminé. Mais depuis FRAZIER, des arguments très valables ont été avancés en faveur du rôle pathogénique possible d'une involution thalamique. Les données séméiologiques et thérapeutiques, les quelques tracés électroencéphalographiques enregistrés, ne sont pas opposés à cette conception.

J. FAURE a précisément fait porter ses recherches dans ce sens. Un dispositif inscripteur lui a permis d'établir une concomitance précise entre une activité bioélectrique cérébrale particulièrement synchronisée à 8 cycles par seconde ou à

4 cycles /seconde, quels que soient le rythme fondamental et la durée de la crise douloureuse de névralgie faciale. Cette activité a été immédiatement précédée d'une activité de basse amplitude, rapide et désynchronisée. Pour concilier ces résultats avec les conceptions physiologiques actuelles, on est obligé d'admettre que les incitations nées aux différents niveaux du trijumeau ébranleraient le système réticulé bulbo-mésencéphalo-hypothalamique responsable de l'activité désynchronisée préalable, qui, à son tour, ébranlerait les noyaux synchronisateurs du thalamus. C'est alors seulement que ce centre intégrateur qu'est le thalamus permettrait au patient de prendre conscience de sa douleur, qui s'accompagnerait d'une activité cérébrale synchronisée. Le thalamus deviendrait ainsi le vrai dispensateur de la douleur de la névralgie faciale. On conçoit les applications neurochirurgicales qui en découleraient, et on comprend aussi l'action favorable d'un traitement anticomitial, puisque la crise d'épilepsie est elle-même une hypersynchronisation neuronique.

Des rapports entre névralgie du trijumeau et sclérose en plaques sont apparus dans certaines observations. C'est ainsi que sur 1.622 cas de névralgie du trijumeau, W. HARRIS, de Londres, a vu soixante quatre cas se compliquer ultérieurement de sclérose en plaques, soit une proportion de 4 pour 100. Chez cinq malades, la névralgie avait été précédée de parésie unilatérale de la face, de perte du goût, et cet auteur se demande si la sclérose ne peut pas être la cause de certaines névralgies faciales, une petite

plaque de sclérose pouvant fort bien irriter les racines du trijumeau.

Reste la question des récidives de névralgie après que la racine a été coupée totalement : ces faits ont été observés par LERICHE, par WERTHEIMER. LERICHE s'est demandé comment on pouvait expliquer le retour des accidents : on ne peut, a priori, penser qu'à une irritation portant sur les noyaux du tronc cérébral, à une excitation centrale. Mais, alors, comment expliquer que la découverte du cavum de Meckel et le passage d'une lame de bistouri sur son plancher puisse suffire à faire durablement cesser les crises ? Comment expliquer aussi que l'arrachement du sus ou sous-orbitaire, puisse être suivi de sédation ? Il faut donc qu'il y ait une excitation périphérique, mais il reste à savoir sur quels éléments elle s'exerce, et quel est le siège des cellules bipolaires qui les commandent. "Je ne vois aucune explication possible" écrivait LERICHE en 1955, qui ajoutait :

"Si l'on admet avec WOLHARD et WEDDEL que les fibres de la douleur sont spécifiques et représentent l'instrument d'un sixième sens, je trouve que la névralgie du trijumeau paraît échapper à la règle. Sans insister sur le fait que l'on trouve mal son utilité défensive, il y a ce fait singulier que les excitants douloureux sont ici d'une nature qui ne leur permet pas d'être recueillis par des terminaisons spécialisées pour la douleur : le chaud, le froid, l'air vif, le frôlement, le mouvement des lèvres. Sont-ce là des excitants, qui, hors du thalamus, peuvent être identifiés comme excitants de la douleur ? J'ajouterai aussi que le

mécanisme qui met en jeu la douleur en éclair est bien incompréhensible dans le cas d'un fibrome du Gasser, dont l'ablation a suffi pour guérir la douleur."

Ainsi, devant l'action des excitants habituels de la crise, la spécificité des fibres de la douleur telle qu'elle est actuellement admise par certains auteurs récents ne correspond plus à sa définition dans le cas particulier de la névralgie du trijumeau, dont le mécanisme conserve encore bien des obscurités.

- V -

LE TRAITEMENT MEDICAL

-:-

Chaque théorie pathogénique comporte évidemment ses déductions thérapeutiques. Nous avons vu que l'altération de l'électrogenèse corticale au cours des crises douloureuses justifiait l'emploi des anticomitiaux.

Dès 1951, BERGOUIGNAN traitait trois névralgies faciales essentielles par le diphényl-hydantoïlate de soude, et d'AULNAY en rapportait 16 cas, la plupart anciens et traités sans succès par l'allocoolisation du nerf. Aux doses liminaires, le dérivé de l'hydantoïne a arrêté les grandes crises en laissant subsister des paresthésies comparables à celles qui subsistent après le traitement chirurgical. Aussi a-t-il utilisé d'emblée des doses fortes, 0,60 g, diminuées ensuite progressivement jusqu'à la dose minima nécessaire, aux environs de 0,30 g. En cas de bonne tolérance, il semble que le produit soit plus régulièrement efficace avec une dose initiale de 1 g. ou même 1,20 g. Des accidents d'intolérance sont malheureusement fréquents, et le traite-

ment est contre-indiqué en présence d'insuffisance cardiaque. Les anti-histaminiques de synthèse protégeraient le malade contre les intolérances (J. LEMOYNE)

Ainsi, les améliorations réelles assurées par les hydantoïnates ne sont obtenues qu'au prix de doses élevées qui entraînent, parmi divers incidents, des troubles de l'équilibre. Aussi les recherches se sont-elles poursuivies.

La stilbamidine a été préconisée récemment par WOODHALL et ODOM. SMITH et MILLER avaient déjà obtenu, avec 0,15 g de stilbamidine pendant quatorze jours consécutifs, 15 excellents résultats et un bon sur 16 cas traités. WOODHALL a traité 41 malades, par une perfusion veineuse quotidienne d'une heure donnant 0,15 g de médicament. Il y eut deux échecs qui durent être radicotomisés, deux rechutes, une mort accidentelle après quatre mois de guérison.

Sur les 36 malades restants, 31 étaient guéris depuis neuf à vingt quatre mois à la publication de la statistique. D'autres eurent des rechutes nécessitant la reprise du traitement, dont la prolongation assura des guérisons satisfaisantes, au prix d'une hypoesthésie voire d'une anesthésie tactiles. Le territoire, dont le moindre attouchement déclenchait des crises douloureuses disparut dans tous les cas.

Du point de vue pratique, le traitement ne semble guère à retenir, car s'il ne comporte pas de risques cornéens, l'apparition de paresthésies très pénibles dans 7 cas sur 36, proportion supérieure

à celle des radicotomies, est un sérieux inconvénient.

L'alcoolisation périphérique semble le premier geste à accomplir dans le traitement de la névralgie faciale essentielle ; il faut tenir compte de la zone d'excitation dans le choix de la branche à alcooliser ; mais le malade est ainsi à même de se rendre compte que la suppression de la douleur n'est acquise qu'au prix d'une anesthésie, souvent mal tolérée, et point de départ fréquent d'obsessions et de revendications. Il est des cas heureux dans lesquels l'alcoolisation du nerf sous-orbitaire suffit, si la névralgie est limitée au territoire du maxillaire supérieur ; l'anesthésie est alors peu gênante, surtout chez le vieillard. Chez les sujets jeunes, les injections d'alcool devront être répétées, puisque leur effet ne dépasse pas deux ans, et une réaction fibreuse risque de se produire, s'opposant à leur action. Aussi l'alcoolisation du ganglion de Gasser si elle doit être un jour nécessaire, sera faite sans plus tarder, car ses résultats sont comparables à ceux de la neurotomie rétro-gassérienne. Aussi THUREL préfère-t-il l'alcoolisation ganglionnaire aux méthodes chirurgicales.

Opinion opposée de PEET et SCHNEIDER, qui, dans l'étude de 689 cas, établissent la supériorité de la radicotomie (qui leur a donné une guérison définitive dans 94,6 % des cas) sur l'alcoolisation, qui n'assure une sédation supérieure à un an que dans 15 % des cas.

BERSELLI utilise la cure diacéphalo-rachidienne de BOSCHI basée sur le principe suivant :

- l'introduction dans le L.C.R. d'air, d'eau distillée ou de produits chimiques, détermine des réactions qui sont souvent salutaires dans des affections neurologiques très variées.

Il a ainsi traité 27 névralgies faciales, la plupart du type essentiel, parfois de type sympathalgique, par l'introduction d'eau distillée avec 17 guérisons complètes, 4 améliorations notables, 6 résultats nuls, le malade étant resté stationnaire. Mais, à cette méthode, il semble utile d'associer secondairement les traitements médicamenteux et physiologiques classiques pour consolider les résultats obtenus.

Que faut-il penser enfin des greffes d'hypophyse réalisées chez seize malades par BUES ? Il s'agit de l'implantation dans la gaine du grand droit, d'hypophyse de veau. L'action a paru particulièrement nette sur les tics douloureux dont les quatre cas traités ont été ainsi guéris.

En cas d'échec, il ne faut pas perdre de temps et s'adresser à l'intervention, radicotomie, tractotomie, électrocoagulation du ganglion de Gasser, voire lobotomie.

- VI -

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

-:-

Trop souvent encore, le traitement chirurgical reste le dernier recours après échec des essais médicamenteux. La chirurgie de la douleur est destructrice, puisqu'elle cherche à interrompre les voies de sensibilité. A l'alcoolisation, à la coagulation, ont succédé la section, néurotomie réalisée par voie temporale ou juxtaprotubérantielle. Le plus souvent, la guérison est obtenue, mais au prix d'une anesthésie de l'hémiface, nous l'avons vu. On comprend alors que devant, en outre, les risques de complications, kératite neuroparalytique, paralysie faciale, on ait cherché à obtenir les mêmes résultats à moindres frais. D'où l'intervention de TARNHODJ, qui ouvre la gaine durale et libère la racine du trijumeau jusque dans la fosse postérieure. Le sinus pétreux supérieur est sectionné entre deux clips.

Des variantes ont été proposées par NORLEN, SJOQVIST, FRYCKHOLM, avec des voies d'abord différentes. Sur 43 malades opérés, TARNHODJ compte cinq récidives, SJOQVIST, sur 60 interventions, 6 ré-

cidives, LOVE et SVIEN sur 100 interventions comptent 31 récédives.

Or, LERICHE, WERTHEIMER estiment à 10-15 pour 100 la proportion des récédives après neurotomies rétro-gassériennes. L'essai de TARNHODJ est intéressant, physiologique, non mutilant ; mais jusqu'ici, son efficacité réelle ne peut encore être exactement appréciée. Le procédé est intéressant parce qu'il réserve l'avenir et en cas d'échec permet une intervention plus radicale.

WERTHEIMER a fait récemment état de 299 radicotomies rétro-ganglionnaires dont 195 suivies depuis un à vingt cinq ans. Dans 73 p. 100 des cas opérés, les résultats sont satisfaisants avec cependant dans un tiers des cas des paresthésies légères ; dans 27 pour 100 des cas les résultats sont mauvais ou médiocres, la récédive n'ayant cependant eu lieu dans la moitié de ces cas qu'après trois ans de rémission complète. Mais trois échecs - récédives - étaient en fait des erreurs de diagnostic, sclérose en plaques, tumeur intracrânienne ; cinq d'une technique insuffisante, avec persistance de fibres radiculaires. Dans 11 des 19 récédives, cependant, une intervention itérative a montré l'interruption totale de la voie afférente sensitive. Ici encore, nous retrouvons le problème non résolu de la nature de la névralgie du trijumeau...

LERICHE a pratiqué 257 neurotomies rétro-gassériennes avec 12 récédives étalées sur quarante ans. Cependant l'anesthésie était totale sur le territoire du trijumeau ; le ganglion avait disparu, mais dans quelques cas, il persistait

quelques tractus fibreux de nature nerveuse. L'irritation devait sans doute passer plus haut dans les noyaux.

GUIDETTI, de Stockholm, a pratiqué 124 tractotomies entre 1937 et 1948 ; l'intervention doit être réservée, dit cet auteur, aux malades jeunes ou d'âge moyen, ayant un bon état général, dont l'algie est d'intensité modérée et localisée à une des branches du nerf.

BATAILLE a pratiqué 15 neurectomies süsspigiennes ; après un recul de trois ans, il constate que tous les malades sont soulagés pendant 18 à 30 mois en moyenne, avec, passée cette date, apparition presque régulière de sympathalgies. La plupart des malades s'en accomodent, d'autres se contentent du soulagement de procédés simples.

La gangliolyse gassérienne enfin a permis à GROS de guérir deux névralgies faciales essentielles. Les résultats sont obtenus sans interruption des fibres nerveuses, ce qui évite les complications oculaires et les séquelles paresthésiques ; traitement à visée pathogénique, conclut cet auteur, et non plus uniquement symptomatique comme les anciennes opérations.

- VII -

CONCLUSIONS

-:-

I.- Bien que d'observation fréquente, la névralgie du trijumeau, sous sa forme essentielle, conserve bien des obscurités. De plus, son traitement est très décevant et seule l'interruption chirurgicale des voies sensitives soulage le malade, mais au prix d'une anesthésie de l'hémiface qui est souvent mal tolérée.

II.- Nous avons exposé quelques théories pathogéniques qui donnent à la névralgie faciale essentielle des natures diverses, thalamiques, corticales, locales. Chaque théorie entraîne des deductions thérapeutiques logiques, dont les applications pratiques sont inconstantes, encourageantes dans certains cas, décevantes dans d'autres.

III.- Il n'est pas jusqu'aux interventions radicales qui interrompent les voies de la douleur, qui n'apportent le doute sur la nature des névralgies faciales essentielles, des récurrences homo- ou contralatérales étant possibles alors que la section nerveuse et la destruction ganglionnaire persistent.

IV.- Devant ces incertitudes, ces résultats décevants, on continue les recherches, en particulier dans le domaine du traitement médical de l'affection, son échec pouvant toujours réserver l'avenir et faire entreprendre une intervention plus radicale, qu'il s'agisse de radicotomie, tractotomie, coagulations, dont les résultats globaux sont somme toute assez satisfaisants, compte tenu de la gravité du syndrome algique et des difficultés thérapeutiques qu'il soulève.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : LEMAIRE

Vu :
Le Doyen :
signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

- VIII -

BIBLIOGRAPHIE

- : -

J. d'AULNAY

De l'action du diphényl-hydantoïmate
de soude dans le traitement de la
névralgie essentielle du trijumeau
Thèse de Bordeaux 1950

R. BATAILLE

Résultats éloignés de 15 neurectomies
sus-spigiennes pour névralgie faciale
essentielle
Soc. Stomatol. France 21 avril 1953

M. BERGOUIGNAN

A propos des névralgies faciales
essentielles dites continues
Soc. Otoneuro-ophtalm. Bordeaux
9 mars 1952

M. BERGOUIGNAN

La névralgie faciale essentielle
est-elle un syndrome thalamique ?
Soc. Otoneuro-opht. Bordeaux
15 mars 1953

G. BERSELLI, O. GIORDANI

Un traitement prééminent de la né-
vralgie du trijumeau, la cure dia-
céphalorachidienne
Riforma Medica LXIX p. 229-231
26 fév. 1955

E. BUES

Implantation d'hypophyse contre les
douleurs d'origine trigéminal
Zentralbl. für Chir. LXXVII p. 1500-
1508 1952

J. DUPLAY, P. COSSA, F. CERUTTI

La chirurgie non mutilante des né-
vralgies faciales est-elle devenue
une réalité ?
Presse Méd. LXIII p. 1329-1320 8 oct.
1955

J. FAURE

Contribution à l'étude de la patho-
génie de la névralgie faciale essen-
tielle
Soc. Otoneuro-opht. Bordeaux 15 mars
1953

C. FLOEREN

Pathogénie et thérapeutique causale
de la névralgie idiopathique du tym-
pan
Berl. Med. Ztschr. I p. 714-716
15 nov. 1950

Cl. GROS, B. VLAHOVITCH

Gangliolyse gassérienne dans la né-
vralgie faciale essentielle.
Soc. Chir. Montp. 3 déc. 1954

B. GUIDETTI

Tractotomie par névralgie du triju-
meau. Observation de 124 cas
Journ. of Neurosurg. VII p. 499-508
1950

J.M. GUILLAUME, G. MAZARS

Libération du trijumeau dans le trai-
tement de la névralgie essentielle
du trijumeau
Soc. Franç. Neurol. 3 mai 1956

W. HARRIS

Les formes rares de la névralgie du trijumeau et leurs relations avec la sclérose en plaques

Brit. Med. Journ. n° 4687 p. 1015-1019 4 nov. 1950

J. LEMOYNE

A propos de l'emploi de la diméthyl-dithiohy lantoïne dans le traitement de certaines névralgies faciales

Soc. Laryng. Hôp. Paris 20 mars 1950
et Concours Méd. LXXIII p. 461-462
1951

R. LERICHE

A propos de 257 neurotomies rétro-gassériennes. Obscurités du problème de la névralgie essentielle du trijumeau

Presse Méd. LIII p. 1 1er janv. 1955

M.M. PEET, R.C. SCHNEIDER

Névralgie du trijumeau. Revue de 689 cas avec une étude des suites dans 65 % des cas

Journ. of Neurosurg. IX p. 367-377
juill 1952

REY

Incidents et accidents des injections neurolytiques dans les névralgies du trijumeau

XIIème Congrès Franç. Stomatol. Paris
13 oct. 1951

L. ROUQUES

Traitement de la névralgie faciale par les dérivés de l'hydantoïne

Presse Méd. LIX p. 523 18 avril 1951

L. ROUQUES

Traitement de la névralgie faciale
par la stilbamidine
Presse Méd. LXIV p. 1864 7 nov 1956

R. THUREL

La névralgie faciale. Diagnostic et
traitement
Presse Méd. LVIII p. 423 19 avril
1950

P. WERTHEIMER, J. DESCOTES

Les résultats éloignés et les réci-
dives de la radicotomie rétrogan-
glionnaire dans la névralgie essen-
tielle du trijumeau
Semaine des Hôpitaux Ann. Chir. XXXI
p. 67-72 18 fév 1955
Les névralgies essentielles bilatéra-
les du trijumeau
Presse Méd. LXV p. 265-267 13 fév.
1957

B. WOODHALL, G.L. ODOM

Stilbamidine-isothianate dans le
traitement du tic douloureux
Journ. of Neurosurg. XII p. 495-500
1955

TABLE DES MATIERES

	Pages
I.- Avant-Propos	13
II.- Symptomatologie	21
III.- Diagnostic	26
IV.- Nature des névralgies faciales essentielles	29
V.- Le traitement médical	35
VI.- Le traitement chirurgical	39
VII.- Conclusions	42
VIII.- Bibliographie	44

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

